

Информированное добровольное согласие на лечение пульпита

город Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на лечение пульпита

(ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса,
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений в периапикальных тканях,
- сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы,
- повышение качества жизни пациентов.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что медицинское вмешательство включает в себя следующие этапы:

- проведение аппликационной, инфильтрационной и/или проводниковой анестезии; наркоза (по показаниям), местной анестезии (при проведении лечения детям),
- создание доступа к полости зуба и раскрытие полости зуба,
- удаление инфицированных тканей, удаление коронковой части пульпы или ампутация пульпы (в зависимости от возможности сохранения пульпы),
- обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная),
- наложение лечебного препарата на устья корневых каналов,
- наложение временной пломбы с последующим удалением временной пломбы
- наложение изолирующей прокладки,
- высушивание и пломбирование корневых каналов,
- контроль с помощью методов лучевой визуализации,
- реставрация зубов (воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические особенности).

Указанные выше стадии могут присутствовать или отсутствовать в процессе лечения в зависимости от тяжести заболевания.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативные виды медицинского вмешательства отсутствуют.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение мне лечения пульпита.

4. Противопоказания

Я информирован о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству.

Абсолютные противопоказания: индивидуальная непереносимость материалов, необходимых для лечения.

Относительные противопоказания: обострение заболеваний сердечно-сосудистой системы; обострение заболеваний нервной системы; болезни дыхательных путей (в том числе и при ОРЗ); заболевания слизистых оболочек полости рта в стадии обострения; беременность (кроме состояний, угрожающих жизни пациенту).

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

После лечения возможно проявление болевых ощущений в первые дни после медицинского вмешательства, а при «накусывании» вплоть до двух недель.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях лечения:

- появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции), необходимость перелечивания корневых каналов, проведения периапикальной хирургии,

– вследствие сильной кальцификации корневых каналов, а также при лечении искривленных корневых каналов возможен перелом эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорация стенки корневого канала или стенки зуба, неполное пломбирование корневого канала,

– вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, необнаруженный и незапломбированный дополнительный корневой канал.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемыми результатами для здоровья пациента являются: восстановление функции и морфологии зуба.

Врачом мне также было разъяснено:

– о нормальной реакции организма: наличие болевых ощущений после медицинского вмешательства (до двух недель).

– об особенностях ухода после медицинского вмешательства: через 3 месяца после проведения лечения пульпита необходимо обратиться к врачу для наблюдения за пролеченным зубом; ежедневно чистить зубы зубной щеткой с пастой и использованием зубных нитей (при необходимости) 2 раза в день; необходимость профилактических осмотров и профессиональной гигиены раз в 6 месяцев.

– о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: исключить в первые сутки красящие продукты.

– возможных реакций организма в случае невыполнения рекомендаций врача: увеличение болевых ощущений, появление отека в области пролеченного зуба, окрашивание реставраций, необходимость повторного медицинского вмешательства.

Я предупрежден(а) о необходимости полного и точного и выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за:

- индивидуальных особенностей организма,
- в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний,
- невыполнения мной рекомендаций врача и не следования плану лечения.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (« _____ 202__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

_____ (« _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (« _____ 202__ г.
(подпись) (должность и ФИО)